

Recentemente, nosso grupo demonstrou que existe uma relação direta entre marcadores antropométricos de sobrepeso (IMC e cintura abdominal) e os sintomas depressivos.<sup>2</sup> A avaliação dos sintomas depressivos, entretanto, levantou algumas dúvidas interessantes. O Inventário Beck de Depressão (IBD), instrumento utilizado em nosso estudo, avalia tanto sintomas cognitivos como somáticos da depressão. Especificamente, diversos dos itens somáticos (por exemplo, fadiga, libido, dificuldades para o trabalho) podem estar muito mais relacionados ao excesso de peso do que a própria depressão, levando a resultados falso-positivos.

Desta forma, complementamos nossa análise de modo a melhor avaliar a relação de peso corporal com sintomas depressivos. Foram avaliados 221 pacientes obesos (IMC =  $39,9 \pm 6,8$  Kg/m<sup>2</sup>), entre 18 e 77 anos ( $38,8 \pm 11,8$ ), que procuraram tratamento para emagrecer no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os dados antropométricos foram obtidos por um endocrinologista e todos os pacientes preencheram a versão em português do IBD.<sup>3</sup> Os dados demográficos incluíram renda familiar, estado civil, grupo étnico e escolaridade.

A gravidade dos sintomas depressivos foi correlacionada com aspectos demográficos e antropométricos. Correlações não significativas foram encontradas entre o IBD e o estado civil ( $r = 0,04$ ;  $p = 0,50$ ), idade ( $r = 0,01$ ;  $p = 0,79$ ) e grupo étnico ( $r = 0,03$ ;  $p = 0,56$ ). Por outro lado, uma correlação significativa foi demonstrada entre o IBD e o IMC ( $r = 0,17$ ;  $p = 0,011$ ), renda familiar ( $r = -0,20$ ;  $p = 0,0047$ ) e nível educacional ( $r = -0,13$ ;  $p = 0,047$ ). Após regressão linear multivariada, a única variável que continuou mostrando uma correlação quase significativa com o IBD foi o IMC ( $p = 0,054$ ).

Nossos resultados levam a algumas considerações importantes. Parece existir, pelo menos em pacientes obesos, uma relação direta entre o sobrepeso e o IBD, independente de variáveis sociodemográficas. Estes achados podem sugerir que o aumentado IMC se relaciona a um aumento da depressão ou, por outro lado, que existe uma interferência do peso na avaliação dos sintomas depressivos pelo IBD. Por exemplo, em dois artigos publicados recentemente nesta revista, os autores utilizam o IBD para avaliação dos sintomas depressivos.<sup>4-5</sup> Embora os autores avaliem diversas variáveis sociodemográficas e psicopatológicas, em nenhum momento os dados antropométricos foram levados em conta.

O IBD, devido a sua fácil aplicação e boa confiabilidade, é largamente utilizado na psiquiatria. A maioria dos estudos leva em conta diversas variáveis que podem interferir com o IBD, de modo a corrigir os diversos fatores de confusão existentes. As variáveis antropométricas, entretanto, são, na maioria das vezes, esquecidas. Nossa sugestão aos autores desta revista é que, devido à elevada prevalência de pacientes com obesidade e sobrepeso na população geral (e provavelmente em suas amostras), que sejam incluídos nas análises os marcadores de obesidade, de modo a excluir mais um importante fator de confusão.

**Rodrigo O Moreira**

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA),  
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) /  
Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Escola Médica de Pós-Graduação,  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ),  
Rio de Janeiro (RJ), Brasil

**Mário S Zen**

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia  
do Rio de Janeiro (IEDE), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Financiamento: Inexistente  
Conflito de Interesse: Inexistente

#### Referências

1. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002;288(14):1723-7.
2. Moreira RO, Marca KF, Appolinário JC, Coutinho WF. Increased Waist Circumference is associated with an increased prevalence of mood disorders and depressive symptoms in obese women. *Eat Weight Disord*. 2007, In press.
3. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. *Rev Psiquiatr. Clin*. 1998;26:65-9.
4. Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnóstico e tratamento dos transtornos depressivos em um hospital geral. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):97-103.
5. Mello VA, Malbergier A. Depressão em mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):10-7.

## **Treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder and depression in pediatric patient**

### **Tratamento do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e depressão coexistentes em paciente pediátrico**

Dear Editor,

The comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and mood disorders has been a controversial issue.<sup>1</sup> There are evidence that mood disorders and ADHD may be comorbid disorders, that ADHD and bipolar disorder may be related, and that depression may be an outcome of ADHD.<sup>1</sup> In the case presented below, comorbid ADHD and depression were successfully treated with a combination of bupropion and cognitive behavioral therapy.

P., 7 years old, male, had been diagnosed with ADHD when he was 2 years old. There was no family history of psychopathology. Different health professionals had treated him with several medications without improvement. P. was referred by a neurologist because he was having severe behavioral problems. He was violent, defiant, and irritable, had low self-esteem and struggled to express himself in an appropriate manner. He had not learned to read and write, and his drawings were bizarre. His parents reported that P. experienced anxiety, sadness, fear, frequent crying, tantrums, self-mutilation and ideas of death. At the interview, P. was restless, avoided eye contact, presented blunted affect, and dysphoric mood. His speech was disorganized and incoherent. His walking was spastic and lethargic. P. was medicated with regular

methylphenidate, methylphenidate SR, clordiazepoxide and imipramine. At the end of evaluation, the diagnostic hypotheses were ADHD and depression.

At the beginning of treatment, all the medications were gradually tapered off. Without medication, P. became more aggressive, agitated, manipulative, and presented out-of-control behavior. P. had to leave the school due to violent behavior towards his peers. Next, bupropion was prescribed, 37.5 mg twice a day and, after 15 days, the dosage was gradually increased to 75 mg twice a day. Bupropion was the drug of choice for several reasons: 1) P. had already been treated with many different medications, including stimulants and SSRIs which are the first and second choice, respectively, to treat comorbid ADHD and depression,<sup>2</sup> without improvement; 2) P. had both severe ADHD and depressive symptoms; 3) bupropion has been helpful in the treatment of children who have both ADHD and depression.<sup>3</sup> Pharmacotherapy was associated with cognitive behavioral psychotherapy, including individual work with the child and the parents. After three months of treatment, P.'s agitation and aggressive behavior had reduced. His speech, walking, and affect had improved significantly. He was able to express his interests and his frustrations in a more appropriate way. Eighteen months after the beginning of the treatment, P. is still on monotherapy with bupropion. He is polite, compassionate and is well adapted to school. He doesn't experience any fears, sadness or thoughts of death. Some restlessness is still observed and he presents occasional tantrums.

ADHD may be mistaken by depression because both disorders share some of the same symptoms.<sup>4</sup> In addition, some depressive symptoms may be caused by the patients' problems in several areas of their lives.<sup>4</sup> When treating ADHD children, it is important to consider that depression may coexist. Bupropion may be useful when treating children who have both ADHD and depression.<sup>3</sup> Bupropion has few side effects,<sup>3</sup> and since psychostimulants have been associated with physical and psychological dependence,<sup>5</sup> it may be a good alternative.

**Marcela Alves de Moura**

Centro Médico Integrado do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, Piracicaba (SP), Brazil

Financing: None

Conflict of interests: None

#### References

1. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med.* 2002;53:113-31.
2. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, McCracken JT, Swanson JM, Lopez M. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(6):642-57.
3. Wilens TE. Straight talk about psychiatric medications for kids. New York: Guilford Press; 1999.
4. Miller JA. O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M Books do Brasil; 2003.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Concise textbook of clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

## Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006

### Suicide in Belo Horizonte between 2004 and 2006

Sr. Editor,

O suicídio é um problema sério de saúde pública em todo o mundo, estando o Brasil entre os dez países com maior número absoluto de mortes.<sup>1</sup> Além disso, alterações socioeconômicas em desenvolvimento resultam em uma expectativa de aumento substancial das taxas de mortalidade por suicídio nos próximos anos.<sup>1-2</sup> A realização de pesquisas epidemiológicas adequadas para uma melhor compreensão do assunto possibilitaria o desenvolvimento de estratégias para prevenção e adequação dos serviços de saúde para lidar com o problema.

Devido à inexistência de estudos epidemiológicos envolvendo o assunto no Estado de Minas Gerais, selecionamos os laudos de suicídios (n = 438) do Instituto de Medicina Legal de Belo Horizonte, no período de setembro de 2004 – quando foi iniciada a informatização e uniformização dos laudos – a julho de 2006. Os dados analisados foram os sociodemográficos: idade, sexo, estado civil, localidade (região metropolitana ou não), além de dosagem sanguínea da alcoolemia e os dados referentes aos métodos utilizados para a execução.

Do total de laudos, 47 (10,73%) foram excluídos pela falta de dados ou pela grande maioria das informações não estarem preenchidas. Observamos que os suicídios foram mais frequentes em pessoas do sexo masculino (77,23%), da região metropolitana de Belo Horizonte (64,45%) e entre solteiros (61,12%). A faixa etária mais atingida foi a de até 40 anos para ambos os sexos, respondendo por 58,05% de toda a amostra. Os métodos mais utilizados pelos homens foram enforcamento (52,64%) e arma de fogo (18,21%); e, pelas mulheres, intoxicação/veneno (34,83%) e enforcamento (23,59%). Entre os homens, 20,86% apresentavam exame positivo para consumo de álcool, fato observado em apenas 3,37% das mulheres. Através do teste Qui-Quadrado, observamos associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre o sexo feminino e métodos não violentos de suicídio, e o uso de álcool com métodos violentos. Essas características dos suicídios necropsiados no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte guardam semelhanças com aquelas observadas em estudos de outras regiões do Brasil.<sup>2-3</sup>

Um problema que já foi previamente observado quando se trata de mortes por causa externa é o grande número de laudos inadequadamente preenchidos, fato preocupante, pois pode prejudicar a realização e validação de estudos mais completos e abrangentes. Estima-se que, no final da década de 90, cerca de 10% das mortes por causa externa no Brasil não apresentavam informações que possibilitassem averiguar se eram secundárias a homicídio, suicídio ou acidente.<sup>4</sup> Além disso, acredita-se que os registros de óbito por suicídio são duas a três vezes menores que os reais, fato que, mais uma vez, pode levar a uma compreensão deficitária do problema.<sup>2</sup>

Apesar de se tratar de um estudo estritamente descritivo, que não permite, portanto, identificar fatores de risco ou características mais específicas dessa população, ressaltamos que mesmo esses tipos de estudos têm sido pouco realizados em nosso País, assim como pesquisas epidemiológicas sobre ideação, tentativas e situações concomitantes responsáveis por favorecerem o desencadeamento do comportamento suicida.